

重度障がい者 医療受給資格喪失届

年 月 日

小郡市長 殿

電話番号: _____

届出人 住 所: _____

氏 名: _____

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えてお届けします。

受給資格喪失 の理由	1 小郡市から転出したため (転出先: _____) 2 死亡したため 3 生活保護を受けたため 4 他の公費負担による医療を受けたため 5 所得超過したため 6 その他 (_____)
喪失年月日	年 月 日
受給者番号	
対象者氏名	生年月日
	明・大 昭・平 ・ ・ 令

回収	入力		台帳	月報